

(форма)

Наименование и адрес медицинской организации
в пределах места нахождения
(фамилия, имя, отчество (при наличии))
индивидуального предпринимателя
и адрес осуществления медицинской деятельности)
Основной государственный регистрационный номер
(Основной государственный регистрационный номер
индивидуального предпринимателя)

**МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ О ДОПУСКЕ К УЧАСТИЮ В ФИЗКУЛЬТУРНЫХ И
СПОРТИВНЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ (УЧЕБНО-ТРЕНИРОВОЧНЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ И
СПОРТИВНЫХ СОРЕВНОВАНИЯХ), МЕРОПРИЯТИЯХ ПО ОЦЕНКЕ ВЫПОЛНЕНИЯ
НОРМАТИВОВ ИСПЫТАНИЙ (ТЕСТОВ) ВСЕРОССИЙСКОГО
ФИЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОГО КОМПЛЕКСА "ГОТОВ К ТРУДУ И ОБОРОНЕ" (ГТО)"**

Реестровый номер медицинского заключения _____ - _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

Дата рождения _____

Реестровый номер лица (спортсмена) (при наличии) _____

Название мероприятия _____

Вид спорта _____

Спортивная дисциплина _____

Этап спортивной подготовки (при наличии) _____

По результатам медицинского осмотра, углубленного медицинского обследования

ДОПУЩЕН

(указать необходимое)

к учебно-тренировочным

мероприятиям _____

к участию в спортивных

соревнованиях _____

к участию в физкультурных

мероприятиях _____

к выполнению комплекса ГТО _____

Ограничения, в том числе физических нагрузок: (ДА/НЕТ)

Срок ограничения: _____

Описать ограничения: _____

Дата выдачи

"__" "__" 20__ г.

Медицинское заключение действительно до

"__" "__" 20__ г.

Должность лица, выдавшего

заключение _____

Подпись

/ _____ /
/ фамилия, имя, отчество (при
наличии)

Печать медицинской
организации (при наличии)